



Antrag auf Beihilfe

BA-Service-Haus Beihilfe 90327 Nürnberg	Eingangsstempel	Personalnummer	Dienststellen-Nr.	
			/	
	Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten			
	geboren am		Tel./Hausruf (für evtl. Rückfragen)	
	Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)			
	<input type="checkbox"/> verheiratet / <input type="checkbox"/> geschieden / <input type="checkbox"/> verwitwet seit:			
	<input checked="" type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> auf Widerruf <input type="checkbox"/> In-Sich-Beurlaubung <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag West <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag Ost <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger			
Name, Vorname der Ehegattin/des Ehegatten (nur bei Erstantrag oder Änderung)			geboren am	

Für aktive Bedienstete

<input type="checkbox"/> Ich bin Mitarbeiter/in im Rechtskreis des SGB III*	Erläuterung: Zum Rechtskreis des SGB III gehören Mitarbeiter/innen folgender Dienststellen bzw. Teile von Dienststellen Agenturen für Arbeit / ZAV / FBA / Familienkasse / HdBA / IAB / IT-SYS / BA-SH Aufgabenbereiche im Rechtskreis des SGB III in einer Regionaldirektion oder in der Zentrale
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitarbeiter/in im Rechtskreis des SGB II*	Erläuterung: Zum Rechtskreis des SGB II gehören Mitarbeiter/innen folgender Dienststellen, Teile von Dienststellen bzw. einzelne Dienstposten/Tätigkeiten: Arbeitsgemeinschaften Aufgabenbereich SGB II in einer Agentur mit getrennter Aufgabenwahrnehmung Bereiche Führungsunterstützung in einer AA Geschäftsführer/in bzw. Bevollmächtigte Grundsicherung einschl. Assistenzkraft in einer RD Bereichsleiter Programmberatung und Programmberater SGB II in einer RD Regionalberater (Führungsunterstützung) im SGB II in einer RD Bereich Interne Beratung /dezentrales KRM SGB II in einer RD Aufgabenbereiche SP II bzw. SU II der Zentrale
<i>*Maßgeblich für die Zuordnung ist der am Tag der Antragstellung – auch ggf. im Rahmen einer Abordnung – übertragene Dienstposten</i>	

Bei erstmaliger Antragstellung sind alle Fragen vollständig zu beantworten

1. Beschäftigung

keine Änderung

Dienststelle	in der BA bzw. Versorgungsempfänger/in seit	befristet beschäftigt, von/bis	<input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub bzw. Elternzeit <input type="checkbox"/> Beurlaubung gem. § 92 Abs. 1 Nr. 2 BBG <input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Bezüge gem. § _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Beurlaubung gem. § _____
Teilzeitbeschäftigt, auch Altersteilzeit, von/bis	Wochenstunden	von/bis	

2. Kinder, die im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag* berücksichtigungsfähig sind

Vorname des Kindes	geboren am	Ich beziehe den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag*		<input type="checkbox"/>
1.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
2.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
3.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
4.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
<input type="checkbox"/> Wiedergewährung* für Kind _____ ab _____		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
<input type="checkbox"/> Wegfall für Kind _____ ab _____		*) Bei Änderungen bitte Nachweis beifügen.		

3.1 Krankenversicherung (*bei erster Antragstellung od. Änderung bitte Versicherungsschein bzw. sonst. Nachweise vorlegen)

<input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung *)	gesetzliche Krankenversicherung in der Krankenkasse			<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge, Krankenhilfe usw. *)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig vers.	<input type="checkbox"/> familienvers.		
wer? / ab wann?	wer? / ab wann?	wer? / ab wann?	wer? / ab wann?	wer? / bei wem? / ab wann?	wer? / ab wann?	

3.2 Zuschüsse zu den Krankenversicherungsbeiträgen (als Rentner/in oder Arbeitnehmer/in)

Wer erhält den Zuschuss?	Welche Stelle zahlt den Zuschuss?	ab wann?	aktuelle monatliche Höhe EUR: _____	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------------	----------	---	--------------------------

4. Sind Angehörige (z.B. Ehegatte oder Kinder) oder Sie *anderweitig* beihilfeberechtigt?

<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wer?	bei welcher Dienststelle?	als	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> Abgeordnete/r	seit wann?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja						

5. Bei Aufwendungen für den Ehegatten

keine Änderung

Übersteigen die Einkünfte des Ehegatten/der Ehegattin im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe den Betrag von **17.000 EUR** (§ 2 Abs. 3 EstG)? nein ja - wenn ja, wird dies auch im laufenden Kalenderjahr der Fall sein? nein ja

Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des betreffenden Steuerbescheides nachzuweisen.

Zu den Fragen Nr. 6 bis Nr. 9:

Werden Aufwendungen geltend gemacht ...?

6. ... aufgrund eines Unfalles oder anderen schädigenden Ereignisses?

nein ja

wenn ja: Belege Nr.: _____ Dienst- Arbeits- Freizeit- Schulunfall am _____

Bestehen Kostenersatzansprüche z.B. gegen Schädiger, Versicherung, Dienstherrn, Schulträger, Sportverein?

nein ja, gegen _____

7. ... für die persönl. Tätigkeit naher Angehöriger [als Arzt, Zahnarzt, Masseur, Heilpraktiker usw.? (Beihilfefähig sind die nachgewiesenen Sachkosten – keine Praxiskosten)]

nein

wenn ja, betroffene Belege	Verwandschaftsgrad des Behandlers zur behandelten Person
----------------------------	--

8. ... für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?

wenn ja, betroffene Belege	=> Nachweise (z.B. Versicherungsschein mit Ausschluss) sind beigefügt, sofern sie nicht bereits vorliegen.
----------------------------	---

9. ... für häusliche Pflege? Bewilligung der Pflegeversicherung m. (geänd.) Pflegestufe

liegt vor liegt bei

<input type="checkbox"/> ja, Name der/des Pflegebedürftigen	Name der Pflegeperson	Verwandschaftsverhältnis
Pflegegeld wird beantragt für die Zeit vom/bis _____	Wurde die Pflege in diesem Zeitraum unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann?
	Grund?	

10. Der/die Beihilfeberechtigte ist verstorben

wenn ja, Todestag: _____

nein

11. Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten

ja, Betrag **EUR:** _____ am _____

12. Die Bankverbindung für die Überweisung der Beihilfe hat sich geändert

ja

neue Konto-Nr.: _____ ggf. andere/r Kontoinhaber/in: _____

Bankleitzahl: _____

Nur für aktive Beschäftigte

der Beihilfebescheid soll an die Wohnanschrift gesandt werden

wegen

- Beurlaubung / langfristiger Erkrankung
- Altersteilzeit (Freistellungsphase)
- hauptsächlich außerhalb der Dienststelle tätig

Anzahl der eingereichten Rechnungsbelege und Rezepte: Antragsteller/in _____ Ehegattin/Ehegatte _____ Kinder _____	Gesamtbetrag der geltendgemachten Aufwendungen EUR: _____
---	---

Erklärung:

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeabrechnung sind. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, nachträgliche Ermäßigungen, Preisnachlässe oder Kostenerstattungen für die geltend gemachten Aufwendungen der Festsetzungsstelle anzuzeigen. Ich bestätige durch Namenszeichen auf jeder Kopie die Übereinstimmung der beigefügten Kopien mit dem Original. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgeteilten persönlichen Daten ausschließlich für Beihilfezwecke elektronisch gespeichert und weiter verarbeitet werden.

Ort, Datum ,	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten
---------------------	---